

mgr Grażyna Domżał-Otmianowska
Instytut Organizacji i Zarządzania
w Przemysle „ORGMASZ”

Wpływ zarządzania jakością w publicznej służbie zdrowia na poziom usług medycznych

**Influence of the quality management at the public health service
to the service level medical**

Streszczenie: *Celem artykułu jest przedstawienie procesu zarządzania jakością widzianego z perspektywy pracownika służby zdrowia i z punktu widzenia pacjenta oczekującego w kolejce na zapis, wizytę lub badanie. Te różne spojrzenia uwarunkowane są zachodzącymi zmianami w świadomości pracowników i brakiem zmian w spojrzeniu pacjenta na służbę zdrowia, wynikającym w niezmiennym od lat systemie kolejek czy braku numerków. Szkoda, że wini się lekarzy, a nie Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest głównym sprawcą takiej sytuacji.*

Abstract: *Purpose of the article is show of the process of the quality management seen from a perspective of a health service employee and immediately of seeing the expecting patient at the queue for the record, the visit or the examination. These different conditioned looks are happening changes in the awareness of employees and a lack of changes in the look of the patient to the Health Service, resulting in unchanging for years system of queues or the lack of numbers. It is a pity that doctors are being blamed rather than a National Health Fund which is a chief perpetrator of such a situation.*

Wstęp

Temat jakości w służbie zdrowia jest tematem kontrowersyjnym, budzącym wiele negatywnych, ale także pozytywnych emocji. Zdrowie, według powszechnego przekonania, jest wartością nadrzędną dla każdego człowieka, ponieważ umożliwia mu realizację celów życiowych, stanowi ono również wartość w skali społecznej. W celu jednoznacznej nomenklatury w dalszej części pracy warto rozróżnić pewne pojęcia. **Ochrona zdrowia** jest bardzo szerokim pojęciem obejmującym: lecznictwo, profilaktykę, różne instytucje opieki, a także takie resorty, jak rolnictwo (w zakresie produkcji zdrowej żywności) oraz ochronę środowiska. Natomiast **służba zdrowia**, jak sama nazwa wskazuje, służy zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych wyrażonych przez pacjenta i uznanych przez lekarza bądź wykrytych u pacjenta w trakcie badań profilaktycznych.

Początków podejścia jakościowego do oceny wyrobów naukowcy dostrzegli już w starożytnym Egipcie (ok. 2000 lat p.n.e.) oraz w słynnym Kodeksie Hammurabiego (ok. 1700 lat p.n.e.), jednak jako twórcę filozofii jakości literatura przyjmuje Platona¹, który mówił, że „Jakość to pewien stopień doskonałości”. Inne najczęściej cytowane definicje jakości to: „Jakość, to zgodność z wymaganiami” (P.B. Crossy), „Jakość, to wszystko, co można poprawić” (Masaaki Imai), „Jakość to ogół cech i właściwości wyrobu lub usługi, które decydują o zdolności zaspokojenia stwierdzonych i przewidywanych potrzeb” (ISO 8402), „Jakość to stopień, w jakim zbiór inherentnych cech spełnia wymagania” (ISO 9001:2000), „Jakość to stopień jednorodności i niezawodności wyrobu, przy możliwie niskich kosztach i maksymalnym dopasowaniu do wymagań rynku” (W.E. Deming). Wszystkie wymienione i inne definicje są w większym lub mniejszym stopniu ogólne, jednak nie istnieje definicja, która opisywałaby w sposób dokładny, uwzględniający wszelkie niuanse i aspekty, jakość w służbie zdrowia.

Zarządzanie jakością w publicznej służbie zdrowia a zasady Deminga

Dokładne zdefiniowanie pojęcia „jakości w służbie zdrowia” jest bardzo trudnym zadaniem ze względu na jego wieloaspektowość. Aktorami w procesie zarządzania jakością w służbie zdrowia są menadżerowie, lekarze i pozostały personel medyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia, konkurencja i państwo (Ministerstwo Zdrowia). Na obiektywną ocenę jakości usług na najwyższym poziomie, zgodnie ze swoją wiedzą oraz przy pomocy posiadanej aparatury, pracuje personel medyczny udzielający świadczeń medycznych. Natomiast na subiektywną ocenę jakości usług medycznych przez pacjentów mają wpływ takie kryteria, jak:

- czas oczekiwania (na wizytę, badania, wyniki, przyjęcie do szpitala),
- zakres i forma informacji dostarczanej pacjentowi, zarówno w momencie zapisu, przyjęcia, jak i leczenia,
- organizacja pracy personelu medycznego i pomocniczego,
- komfort i wyposażenie placówki medycznej,
- możliwość uzyskania satysfakcjonującej informacji zwrotnej.²

Do analizy wielowymiarowości jakości w publicznej służbie zdrowia oprę się na 14 zasadach Deminga³ dotyczących jakości. Na przykładach postaram się potwierdzić prawdy i mity dotyczące zarządzania jakością w tym sektorze.

¹ S. Tkaczyk, *Inżynieria jakości a inżynieria materiałowa*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemśle „ORGMASZ”, Warszawa 2000, s. 23.

² M. Cygańska, *„Metody zarządzania szpitalami”*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa, Nr 10/2007, IOiZwP „ORGMASZ”, Warszawa, s. 69.

³ S. Wawak, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, HELION, Gliwice 2002, s. 21-24.

1. Systematycznie i wytrwale dążyć do doskonalenia jakości usług

Dla spełnienia wymogów tego punktu konieczna jest nie tylko wysoka świadomość korzyści całego personelu Zakładu Opieki Zdrowotnej (ZOZ-u) z tytułu posiadania certyfikatu, ale potrzebne są w głównej mierze środki pieniężne, które w publicznej służbie zdrowia są przydzielane na podstawie kontraktów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wielkość tych umów zarówno pod kątem ilości zakontraktowanych usług, jak i cen pozostawia wiele do życzenia. Twardo określa limit stanowisk lekarskich i pieniędzy. Trudno jest osiągnąć wysoką jakość, jeżeli NFZ kontraktuje np. 30 wizyt dziennie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a zgłasza się do niego 45 osób, ponieważ panuje grypa. Lekarz zgodnie z etyką zawodową przyjmie wszystkich pacjentów, natomiast jakość takiej wizyty często pozostawia wiele do życzenia. Lekarz nie ma czasu na dokładne badanie pacjenta w takiej sytuacji. Badanie jest krótkie, postawienie diagnozy i wypisanie recept. Aby przyjąć pacjenta, często zgodnie z określonymi w danej placówce standardami jakościowymi, lekarz musiałby pracować kilkanaście godzin, żeby przeprowadzić dokładny wywiad z pacjentem, wykonać dokładne badanie, zlecić lub omówić działania profilaktyczne i umówić się z pacjentem na badanie kontrolne. Konkurencyjne prywatne ośrodki, prowadzące działalność komercyjną, są w bardzo korzystnej sytuacji. Mogą zatrudniać dowolną liczbę lekarzy, którzy przyjmą pacjentów zgodnie z ich oczekiwaniami, spełniając wszelkie wymogi dotyczące jakości wizyty lekarskiej, ponieważ lekarze nie są ograniczeni czasowo (jest ich odpowiednia ilość) i otrzymują za to godziwe wynagrodzenie, za które płaci pacjent lub jego zakład pracy a nie NFZ. Dlatego starania o podniesienie jakości usług w publicznej służbie zdrowia są zdeterminowane często kontraktami z NFZ, a świadomość personelu z korzyści płynących z wysokiej jakości ich usług nabiera nowego wymiaru. Lekarze nie chcą, aby ich pacjenci przechodzili do prywatnej służby zdrowia, stąd coraz częściej można spotkać miłego lekarza, który stara się poświęcić pacjentowi jak najwięcej czasu i jak najlepiej go zdiagnozować. Aspekt konkurencyjności w służbie zdrowia jest na dzień dzisiejszy jednym z najsłabszych ogniw zarządzania jakością.

2. Zastosować nową filozofię zarządzania

Mówiąc o nowej filozofii zarządzania w służbie zdrowia warto zastanowić się, czy realizowanie świadczeń medycznych zgodnie z podpisanymi kontraktami pomiędzy świadczeniodawcą (ZOZ-em) a NFZ jest w ogóle zarządzaniem. O zarządzaniu możemy zacząć mówić dopiero w aspekcie jakości, ponieważ dopiero przy wdrażaniu normy ISO dyrektorzy placówek służby zdrowia zaczęli podejmować działania mające na celu zarządzanie jakością. Przegląd zarządzania, wymuszony przez normę ISO 9001:2000, zmobilizował ich do zaplanowania i skoordynowania działań, przy dokładnie określonym budżecie, zarządzania jakością traktowaną jako ciągły proces. Monitorowanie jakości tego zarządzania i jego rezultatów dyrekcja dokonuje

na przeglądach zarządzania lub na bieżąco analizując; przebieg procesów i ich wskaźniki, oceny i samooceny pracowników, ankiety z badań satysfakcji pacjentów oraz ich skargi i pochwały.

3. Rezygnacja z masowej kontroli jako sposobu zapewnienia jakości

W przypadku publicznej służby zdrowia masowa kontrola jakości była, jest i będzie. Kluczowym „kontrolerem” jest pacjent, który jest bardzo roszczeniowy (poniekąd słusznie, ponieważ płaci składki), i nie przyjmuje do wiadomości, że ilość i jakość usług w publicznej służbie zdrowia jest determinowana przez kontrakty z NFZ. Drugim filarem kontrolnym jest NFZ, który kontroluje realizację kontraktu. W przypadku posiadania certyfikatu kolejnym kontrolerem jest firma certyfikująca a następnie audytująca rokrocznie system zarządzania jakością w placówce zdrowia.

4. Rezygnacja ze stosowania kryterium ceny jako kryterium nadrzędnego

Ta zasada Deminga na dzień dzisiejszy praktycznie nie dotyczy służby zdrowia. Większość jednostek utrzymuje się tylko z kontraktów z NFZ i nie prowadzi żadnej działalności gospodarczej ani komercyjnej, gdzie można ustalać ceny. To mit, że lekarze zarabiają duże pieniądze. Prawda w publicznej służbie zdrowia jest niestety inna. Ich zarobki są nieadekwatnie małe w stosunku do posiadanej wiedzy i wykonywanej, bardzo odpowiedzialnej pracy.

5. Ciągłe doskonalenie systemu zarządzania i usług, inspirowane głównie przez kadrę zarządzającą

Podejmowanie decyzji jest procesem mającym na celu wybór jednego spośród minimum dwóch alternatywnych rozwiązań.⁴ Dyrektor publicznej placówki służby zdrowia bardzo często może podejmować decyzje tylko w obszarach, które nie wymagają nakładów pieniężnych. Wielu z nich przed wdrożeniem systemu ISO w swojej placówce liczyło na bardziej lukratywne kontrakty z NFZ. Na dzień dzisiejszy realia warszawskiej publicznej służby zdrowia są takie, że posiadacze ISO „wynegocjowali” 1 grosz więcej na jednego pacjenta. Implikuje to skupienie się na decyzjach i procesach związanych z podnoszeniem jakości usług medycznych tylko w stosunkach: lekarz - pacjent, pracownik - pracownik, przełożony - pracownik. Częstym narzędziem podnoszenia jakości usług w takim przypadku są wewnętrzne audyty i szkolenia. Wielu zarządzających stara się przynajmniej raz w roku zorganizować tzw. spotkanie integracyjne dla pracowników, (którego sponsorami są zazwyczaj firmy farmaceutyczne), w trakcie których są oni doceniani przez dyrekcję. Imprezy te mają zazwyczaj formę uroczystego spotkania z poczę-

⁴ M. Czech, *Podejmowanie decyzji w medycynie*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 06/2007, IOiZwP „ORGMAZ”, Warszawa, s. 15.

stunkiem, gdzie dyrekcja oficjalnie dziękuje najbardziej zaangażowanym we wdrażanie procesu jakości pracownikom. Czasami są to zabawy taneczne z poczęstunkiem czy ogniska z kiełbaskami. Spotkania te często przekładają się na poprawę stosunków międzyludzkich na co dzień. Dla pracowników jest to najprzyjemniejszy element z wdrożenia i ciągłego doskonalenia systemu jakości. Dla dyrekcji jest to narzędzie, które pozwala zaobserwować relacje międzyludzkie wśród swoich podwładnych.

6. Wprowadzenie nowoczesnych metod doskonalenia zawodowego

Również ta zasada Deminga jest wdrażana w miarę możliwości, które zależą w dużej mierze od kontraktów z NFZ. Lekarze i pozostali pracownicy medyczni w głównej mierze podnoszą swoje kwalifikacje poprzez uczestnictwo w bezpłatnych kursach organizowanych przez Izby Lekarskie, Izby Pielęgniarskie, Stowarzyszenia Pracowników Laboratoriów czy Rehabilitantów. Kadra zarządzająca korzysta z bezpłatnych szkoleń organizowanych przez Urząd Miasta lub Ministerstwo czy NFZ. Na płatne szkolenia czy dopłacanie do dokształcania pracowników większość dyrektorów publicznej służby zdrowia ma dość ograniczone środki. Nie znaczy to jednak, że nie szukają sponsorów na opłacenie podnoszenia kwalifikacji i kursy swojego personelu. Ważny element stanowi również szkolenie wewnętrzne. Pracownicy posiadający pewną wiedzę, prowadzą szkolenia dla swoich współpracowników, co pozwala bezkosztowo wdrażać nowe umiejętności np. obsługę najnowszej aparatury medycznej, interpretację wyników czy sposobów asertywnych zachowań wobec roszczeniowych pacjentów.

7. Skupienie się zarządzającego na modelu zarządzania przywódczego, ze wszystkimi cechami przywódcy

Niestety dla polskiej publicznej służby zdrowia większość dyrektorów ZOZ-ów i szpitali jest lekarzami, z pewnością znaczna większość – bardzo dobrymi lekarzami. Niestety ukończenie przez większość z nich kursów czy rocznych studiów z zarządzania nie predestynuje ich na miano przywódców. Najwyższe kierownictwo w normie ISO 9001:2000 zdefiniowane jest jako „osoba lub grupa osób, które na najwyższym szczeblu kierują organizacją lub ją nadzorują”. Jednym z 8 filarów zasad zarządzania jakością, na której według normy powinno opierać się zarządzanie jest przywództwo.⁵ Przy braku cech przywódczych u znacznej części kadry zarządzającej w systemie jakości pewne zachowania przywódcze zostały wymuszone przez normę. I tak zaangażowanie kierownictwa w tworzenie, wdrożenie i doskonalenie systemu, zapewnienie zasobów ludzkich, infrastruktury, i środowiska pracy. Delegowanie uprawnień i nadzór nad właściwym przepływem informacji oraz dawanie osobistego przykładu w zaangażowanie w proces ciągłego dosko-

⁵ J. Mazurkiewicz, M. Wierzbicka, *Rola przywództwa we wdrażaniu systemu zarządzania jakością*, *Ekonomia i Organizacja Przedsiębiorstwa* 02/2007, IOiZwP „ORGMAZ”, Warszawa, s. 36-37.

nalenia systemu jakości, muszą w naszych realiach zastąpić cechy prawdziwego przywódcy.

8. Zlikwidowanie w firmie atmosfery strachu i napięcia

Tak jak w innych sektorach gospodarki również w służbie zdrowia atmosfera panująca w zakładzie zależy od ludzi w nim pracujących. Jeden wspaniały szef nie ochroni pracowników poszczególnych działów, jeżeli ich przełożeni na różnych szczeblach w hierarchii przedsiębiorstwa będą budzić negatywne uczucia. Tylko współpraca całego zespołu zarządzającego, ich postawa, kreowanie odpowiedniej atmosfery, jasne formułowanie wartości organizacji, z którą będą się utożsamiać wszyscy pracownicy, jest gwarantem nastawienia na sukces, zlikwidowania strachu i lęku przy wykonywaniu codziennej pracy.

9. Przelamywanie barier w strukturze wewnętrznej przedsiębiorstwa między poszczególnymi działami

Specyfika sektora służby zdrowia polega na tym, że usługa dotyczy bezpośredniego odbiorcy - jego zdrowia, a więc funkcjonowania w codziennej rzeczywistości, a często nawet jego życia. Lekarz, pielęgniarka, rehabilitant są osobami, których obowiązkiem jest nieść pomoc i nadzieję pacjentom. Nie mogą pozwolić sobie na zły humor czy kaprysy, ponieważ pacjent na ogół natychmiast reaguje skargą do dyrekcji, NFZ, a nawet Ministerstwa Zdrowia. Ponadto, a nawet przede wszystkim, takie zachowanie byłoby nieetyczne. Dlatego generalnie przyjęło się w placówkach służby zdrowia traktować medyków jako filar zakładu. Pozostałe działy stanowią jedynie obsługę dla zawodów medycznych mającą za zadanie zapewnienie im materiałów biurowych, leków, przyrządów, środków czystości oraz przelania wynagrodzeń na konto. Jest to oczywiście powierzchowne potraktowanie tematu. Niemniej rzeczywiście w placówkach służby zdrowia cała administracja, księgowość, statystyka, rejestracje i pozostałe działy firmy stanowią funkcję podrzędną dla celu jakim jest przyjęcie pacjenta na jak najwyższym poziomie. Bywają jednostki służby zdrowia, w których nie wdrożono jeszcze norm ISO, ale one również uczą się już gry rynkowej i powoli ewoluują w stronę podniesienia jakości swoich usług.

10. Eliminacja planów ilościowych, haseł i sloganów, których personel nie jest w stanie realizować

Od momentu „urynkowienia” służby zdrowia, czyli stworzenia Kas Chorych, a następnie na ich miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązują tylko ilości i rodzaje usług medycznych zakontraktowane przez poszczególne placówki z NFZ. Dlatego prowadzenie czynnego marketingu i promowanie jednostki jest działaniem destrukcyjnym. Ponieważ zachęcanie pacjentów do przyścia do nawet bardzo dobrej placówki (ale ograniczonej

limitem z NFZ), zmuszałoby go do oczekiwania w bardzo długiej kolejce na przyjęcie. Dlatego warszawskie publiczne ZOZ-y nie prowadzą czynnych działań promocyjnych. Działalność promocyjna dotyczy tylko badań profilaktycznych zakontraktowanych przez Urząd Miasta Warszawy lub NFZ dodatkowo, poza kontraktem. Natomiast coraz częściej jako narzędzi do skutecznego zarządzania menadżerowie używają wyliczonych kosztów procedur, analiz i wskaźników statystycznych.

11. Eliminacja standardów i planów ilościowych oraz zarządzania przez cele

Standardy i plany jakościowe zostały wyeliminowane przez kontrakty z NFZ natomiast zarządzanie przez cele nie ma racji bytu w służbie zdrowia. Celem nadrzędnym każdego lekarza jest jak najskuteczniejsze leczenie pacjenta.

12. Likwidacja barier, które nie pozwalają pracownikom wszystkich szczebli, na wykonywanie swojej pracy

Jednostki służby zdrowia z Warszawy, które wdrożyły systemy zarządzania jakością, wymusiły w trakcie opracowywania dokumentacji do wdrożenia norm ISO, czyli opracowywaniu procedur, instrukcji, procesów, Księgi Jakości i innych dokumentów wymaganych przez normę, opracowanie bardzo szczegółowych zakresów obowiązków na każdym stanowisku pracy. Pozwoliło to na uświadomienie pracownikom wszystkich szczebli ich ważności w organizacji. Każdy pracownik poza dokładnym zakresem obowiązków ma prawo zgłaszać wszelkie nieprawidłowości i niezgodności na swoim stanowisku pracy, natomiast Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością ma obowiązek daną niezgodność zbadać, wyeliminować lub naprawić i poinformować o tym pracownika. Takie podejście doprowadziło do większej satysfakcji pracowników niezależnie od komórki i szczebla jaki zajmują w hierarchii. Reakcją na takie zachowania pracowników jest niewymuszona likwidacja barier pomiędzy działami. Pracownicy placówki służby zdrowia, w której wdrożony jest system jakości, zaczynają utożsamiać się z firmą, pracować ponad podziałami.

13. Wprowadzenie intensywnych programów szkolenia, doskonalenia, samodoskonalenia i przekwalifikowania kadry, jako ciągłego procesu doskonalenia zarządzania jakością

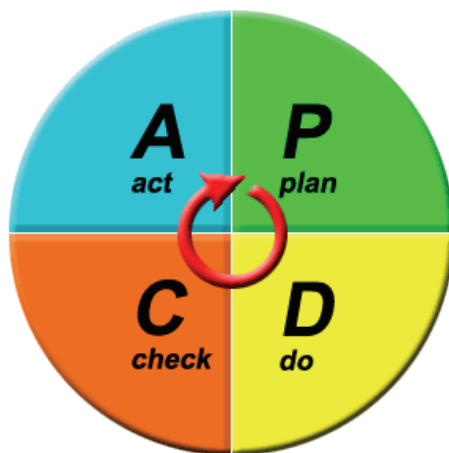
Ze względu na ograniczenia finansowe na szkolenie pracowników omówione w punkcie 6 niniejszej pracy, chcę dodać, iż w wielu przypadkach pracownicy są świadomi braku funduszy w firmie na doszkąlanie czy samodoskonalenie. Niejednokrotnie sami opłacają swoją naukę. Mają jednak ogromne wsparcie dyrekcji, która udziela takim pracownikom urlopów szkolenych, dni wolnych na kursy czy pracę na jedną zmianę. W wielu przypad-

kach przełożeni szukają sponsorów lub bezpłatnych szkoleń i kursów dla pracowników. Coraz częstszym, aczkolwiek jeszcze stosunkowo rzadkim wydarzeniem, jest awans pionowy pracownika służby zdrowia w jego rodzinnej organizacji po zakończeniu nauki. Coraz bardziej świadomi dyrektorzy uznają wiedzę jako atrybut konkurencyjności i starają się w miarę regularnie organizować szkolenia dla swoich pracowników.

14. Zaangażowanie wszystkich pracowników firmy w proces wdrażania, utrzymywania oraz ciągłego doskonalenia systemu jakości w firmie

Tylko pełne zaangażowanie dyrekcji w proces wdrażania systemu zarządzania jakością w firmie gwarantuje sukces. Pracownicy, którym się nie nakazuje, a od których się oczekuje dobrej, pełnej zaangażowania pracy, dając w zamian takie korzyści, jak: praca w firmie nastawionej na jakość, ciągłe doskonalenie i szkolenie, podnoszenie kwalifikacji wszystkich pracowników, niwelowanie barier współpracy pomiędzy działami, uczestniczenie w życiu firmy poprzez udział w spotkaniach integracyjnych a także możliwość awansu we własnej firmie, są niezaprzeczalnie istotnymi determinantami dla wszystkich pracowników. Faktem jest, że determinanty te mają również niebagatelny wpływ na proces integracji pracownika z firmą.

W swoich rozważaniach o jakości Deming zawarł w swoich 14 тезach przesłanie, że nadrzędnym celem jest ciągła poprawa jakości swoich usług (produktów) poprzez wykonywanie powtarzalnych czynności, które przedstawione w formie graficznej tworzy **Koło Deminga**.



Rys. 1. Koło Deminga - rozwiązywanie problemów jakości

Źródło: Tkaczyk S. „Inżynieria Jakości a Inżynieria Materiałowa”, IOiZwP „ORGMASZ”, Warszawa 2000, s. 29.

Fig. 1. Wheel Deminga - problem solving of the quality

Source: Tkaczyk S. „Inżynieria Jakości a Inżynieria Materiałowa”, IOiZwP „ORGMASZ”, Warszawa 2000, p. 29.

Cykl Deminga tzw. Cykl PDCA:

P - (ang. Plan) **Zaplanuj** lepszy sposób działania dla osiągnięcia celu jakościowego,

D - (ang. Do) **Wykonaj** zaplanowany sposób działania,

C - (ang. Check) **Sprawdź**, czy nowy sposób działania przynosi lepsze wyniki,

A - (ang. Act) **Działaj** - zastosuj lepszy sposób dla ciągłego doskonalenia procesu.

Rozwiązywanie problemów jakości oparte na kole Deminga jest kwintesencją obecnego stanu, w warszawskich placówkach publicznej służby zdrowia, w aspekcie zarządzania jakością.

System jakości a jego skuteczność

Na przykładzie warszawskich publicznych Otwartych Zakładów Opieki Zdrowotnej postaram się udowodnić **tezę, że posiadanie przez jednostkę medyczną certyfikatu jakości nie ma znacznego wpływu na proces leczenia i jego jakość w publicznej służbie zdrowia**. Problem wdrożenia, ciągłego rozwoju i podnoszenia jakości w ochronie zdrowia często jest nie do pokonania ze względu na wiele barier, na które zarządzający jednostką służby zdrowia nie ma wpływu. Natomiast jakość w prywatnych jednostkach, bazuje w wielu przypadkach na zupełnie innych kryteriach, zarówno dotyczących kwestii wewnętrznych jak i zewnętrznych.

W każdej organizacji wdrożenie systemu zarządzania jakością i uzyskanie certyfikatu zgodności z normą ISO 9001:2000, ma na celu przyniesienie wielu wymiernych i niewymiernych korzyści. Do najbardziej wymiernych korzyści należą:

1. zapewnienie sprawnego przepływu informacji o realizacji zadań na wszystkich szczeblach organizacji,
2. usprawnienie systemu zarządzania zasobami, ludzkimi, materialnymi i innymi,
3. podniesieniu prestiżu w oczach klientów i konkurencji,
4. ciągłe doskonalenie; organizacji, personelu, przepływu informacji, a co najważniejsze jakości usługi czy towaru.

14 listopada 2008 roku Międzynarodowy Komitet Normalizacyjny opublikował nową normę jakościową – ISO 9001:2008 „System Zarządzania Jakością - Wymagania”, która jest już czwartą wersją standardu opublikowanego pierwszy raz w 1987 roku.

W odniesieniu do wymagań normy ISO można śmiało powiedzieć, że jedną z najistotniejszych kwestii, poza świadomym wdrożeniem jej przez kierownictwo placówki służby zdrowia, są niebagatelne koszty jej wdrożenia, które często stanowią barierę nie do pokonania. Koszty te związane są bezpośrednio poprzez wynajmowanie firmy consultingowej w celu opracowania systemu, jak również ceną otrzymania certyfikatu czy opłacenia audytorów zewnętrznych. Nie mniejsze koszty pośrednie stanowi jednak sam proces wdrażania polegający na opracowywaniu wewnętrznych dokumentów przez

pracowników placówek służby zdrowia. Koszty te wiążą się z zakupem dużej ilości papieru i innych materiałów biurowych, tonerów oraz czasu pracy kadry administracyjnej i przede wszystkim medycznej, który jest niewymierny. Często czas przeznaczony przez kadrę medyczną na opracowywanie dokumentacji (instrukcji, procedur) wdrażania jakości w placówce, jest poświęcany kosztem przyjmowania pacjentów.

Teoretycznie po wdrożeniu systemu jakości ISO w placówce medycznej powinno być zdecydowanie lepiej. I tak jest w przypadku placówek prywatnych, gdzie pacjent lub zatrudniająca go firma jest bezpośrednim płatnikiem. Niestety nie dotyczy to 99% placówek publicznej służby zdrowia, gdzie jedynym lub podstawowym płatnikiem i kontrahentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Mitem jest, że posiadanie przez placówkę certyfikatu ISO zwiększa jej znaczenie przy kontraktowaniu usług. Narodowy Fundusz Zdrowia narzuca poszczególnym jednostkom limity na wszystkie kontraktowane usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak i usług z zakresu specjalistyki. Jeżeli placówka zrealizuje roczny kontrakt na usługi na przykład rehabilitacyjne we wrześniu, to absolutnie nie otrzyma żadnych pieniędzy na realizację usług do końca roku, a trzeba zaznaczyć, że średni koszt jednej procedury rehabilitacyjnej wynosi około 10-15 zł, natomiast pacjent otrzymuje na ogół zlecenie na wykonanie 30 procedur. Tak więc koszt leczenia „za własne pieniądze” ośrodka w tym przypadku jest niebagatelny. Dyrektorem pozostaje decyzja, czy dopłacać do usług rehabilitacyjnych z własnych pieniędzy, o ile je posiadają, czy rozpiścić ilość zakontraktowanych usług na poszczególne miesiące w roku i zapisywać pacjentów na dany miesiąc w określone dni. I tu zaczynają się kolejki do zapisów. Posiadany certyfikat nie ma znaczenia, a pacjent jest niezadowolony, czyli niespełniony jest podstawowy czynnik jakości. W przypadku prywatnych placówek nie zachodzą tego typu problemy, ponieważ pieniądze za bieżące usługi są regulowane w zależności od wykonanych procedur. Kolejny mit to stawki jakie mogą negocjować placówki służby zdrowia posiadające certyfikat ISO z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Prawdą jest, że system ISO w publicznych placówkach służby zdrowia usprawnił przepływ informacji, jednak stworzył ogromną nadbudowę biurokratyczną, która w znacznej mierze zajmuje pracownikom czas, który mogliby poświęcić pacjentom. Z pewnością znacznemu usprawnieniu uległ system zarządzania wszelkimi zasobami i na wszystkich szczeblach, ale nie przekłada się to bezpośrednio na jakość usługi medycznej, która jest zależna od liczby pacjentów. Również następna wymierna korzyść z wdrożenia systemu jakości jest realizowana w stopniu, na jaki mogą sobie pozwolić kierownicy publicznych jednostek. Mowa o ciągłym doskonaleniu i szkoleniu. O ile w przypadku doskonalenia, proces ten przebiega wewnątrz placówki. O tyle szkolenia są na ogół płatne i nie każdy dyrektor może podnosić kwalifikacje swojej kadry na poziomie, który by satysfakcjonował pracowników i przekładał się bezpośrednio na jakość udzielanych świadczeń medycznych.

Ustosunkowując się do teoretycznych korzyści z wdrożenia systemu zarządzania jakością można stwierdzić, że:

- znacznej poprawie uległ system przepływu informacji poziomej, pionowej, zwrotnej w ZOZ-ach, ale niestety dotyczy to tylko informacji wewnętrznej, analizy satysfakcji pacjenta nie dają obrazu jego postrzegania usług medycznych i ich jakości. Prowadzone są one często na terenie przychodni przez jej pracowników, co w znacznej mierze zakłóca przekaz. Ponadto dotyczą określonej placówki, a nie systemu służby zdrowia w szerszym aspekcie,
- usprawnieniu uległ proces zarządzania zasobami, zarówno ludzimi, jak i całą infrastrukturą. Przy czym dla pracowników proces ten jest odczuwalny, natomiast dla pacjentów jest odczuwalny w okresach normalnej zachorowalności, kiedy lekarz wykonuje swoją pracę zgodnie z procedurą. Poświęca pacjentowi tyle czasu, ile wymaga jego stan zdrowia,
- w kwestii podniesienia prestiżu ma to z pewnością istotny wpływ na konkurencję, kontrahentów (NFZ, dostawcy) i samych pracowników. Zdobyć takich nagród, jak „Perły Medycyny”, „Teraz Polska”⁶ niewątpliwie nobiletuje organizację. Ale pacjent rzadko jest świadomy i zainteresowany tytułami i nagrodami ZOZ-u. On chce być szybko i dobrze przyjęty do lekarza, bez stania w kolejkach – to jest kryterium jakości usługi medycznej dla pacjenta. Natomiast konkurencja w sektorze służby zdrowia to głównie prywatne jednostki, które w znacznej mierze były prekursorami wdrażania jakości w usługach medycznych. Publiczne ośrodki na ogół od lat pracują na określonym terenie i nie konkurują między sobą,
- ciągle doskonalenie, które obejmuje cały system, przekłada się na jakość wizyty pacjenta u lekarza, który ma wyższe kwalifikacje i dysponuje lepszym sprzętem.

Jakość publicznej służby zdrowia postrzegana przez pacjenta

O ile kadra placówki posiadającej ISO jest na ogół świadoma i często dumna z posiadanego certyfikatu, który jest rozwieszany w kluczowych miejscach w przychodniach, w celu uświadomienia pacjentowi, że korzysta z placówki o „podniesionym” standardzie, o tyle sam pacjent rzadko zauważa jakiegokolwiek zmiany przed i po wdrożeniu systemu jakości.

W celu weryfikacji postawionej tezy, poza przytoczonymi powyżej przykładami, opartymi na procesie wnioskowania bazującego na doświadczeniu pracownika ZOZ-u oraz rozmów z Pełnomocnikami ds. Jakości w innych placówkach warszawskich (jestem pracownikiem SZPZLO w Warszawie posiadającym certyfikat ISO), przeprowadzono dodatkowe badanie.

W celu zrozumienia zachowania pacjentów, przeprowadziłam obserwację uczestniczącą i wywiad pogłębiony w dziesięciu przychodniach warszawskiej służby zdrowia: trzech przychodniach na Bemowie, dwóch na

⁶ W. Łukasiński, *Model doskonalenia Zarządzania Polskiej Nagrody Jakości*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 6/2008, IOiZwP „ORGMASZ”, Warszawa, s. 33.

Ochocie, trzech na Żoliborzu i dwóch na Pradze Północ. Wszystkie placówki posiadają od kilku lat certyfikat ISO 9001:2000. Przekazywanie informacji odbywało się w trakcie rozmowy z pacjentem, podczas stania w kolejce przed otwarciem poszczególnych przychodni. Badanie przeprowadzono w kwietniu 2009 roku w godzinach od 6.00 do 7.00 rano. To potwierdziło, że najbardziej skuteczne i sprawdzalne formy pozyskiwania informacji od pacjentów to przekaz ustny i kontakty osobiste, które pozwalają na szybkie korygowanie wszelkich niejasności i dostosowanie treści informacji do rzeczywistych potrzeb pacjentów.⁷

Głównym celem badań było ustalenie powodu stania w kolejkach przed otwarciem przychodni oraz uzyskanie opinii o usługach świadczonych przez te przychodnie. W badaniu uczestniczyły 362 osoby, które podzielono na trzy grupy:

1. pacjentów do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – 208 osób,
2. pacjentów do lekarza specjalisty – 91 osób,
3. pacjentów na badania laboratoryjne – 63 osoby.

Rozmówcom zadano pytania zamknięte składające się z dwóch części: szczegółowej – dotyczącej pacjenta i ogólnej – dotyczącej powodów stania w kolejce i jakości usług w danej przychodni.

Tabela 1. Charakterystyka respondentów – badanie ilościowe

Table 1. Characteristics of respondents – quantitative examination

Respondenci	Wiek				Płeć		Status			
Pacjenci do POZ	0-20	20-40	40-60	60 i pow.	K	M	Pracujący	Rencista	Emeryt	Bezrobotny
	0	11	48	149	121	87	33	58	11 2	5
Pacjenci do specjalisty	0	28	23	40	53	38	17	29	45	0
Pacjenci do laboratorium	0	10	24	29	38	25	9	18	36	0

Źródło: Badanie własne na próbie 362.

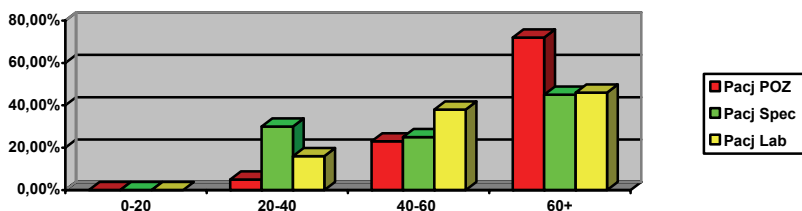
Source: Own examination on the sample 362.

⁷ M. Dzieleńska, *Zarządzanie informacjami w sektorze usług*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 4/2007, IOiZwP „ORGMAZ”, Warszawa, s. 68.

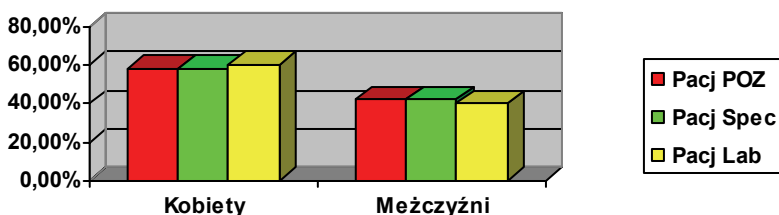
Tabela 2. Charakterystyka respondentów – badanie procentowe
Table 2. Characteristics of respondents – percentage examination

Respondenci	Wiek				Płeć		Status			
Pacjenci do POZ	0-20	20-40	40-60	60 i pow	K	M	Pracujący	Rencista	Emeryt	Bezrobotny
	0%	5%	23%	72%	58%	42%	16%	28%	54%	2%
Pacjenci do specjalisty	0%	30%	25%	45%	58%	42%	19%	32%	49%	0%
Pacjenci do laboratorium	0%	16%	38%	46%	60%	40%	14%	29%	57%	0%

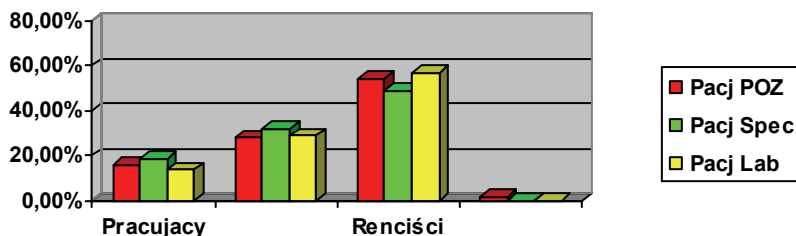
Źródło: Badanie własne na próbie 362.
Source: Own examination on attempt 362.



Wykres 1. Opracowanie własne - wykres wieku respondentów do tab. 2
Graph 1. Own study - graph of the age of respondents to table 2



Wykres 2. Opracowanie własne - wykres płci respondentów do tab. 2
Graph 2. Own study - graph of the sex of respondents to table 2



Wykres 3. Opracowanie własne - wykres statusu respondentów do tab. 2

Graph 3. Own study - graph of the status of respondents to table 2

Charakterystyka pacjenta korzystającego z usług publicznej służby zdrowia w Warszawie, oczekującego w kolejce na otwarcie przychodni, dotyczy niemalże w równym stopniu obydwu płci ze wskazaniem na niewielką przewagę kobiet. Aż 82% badanych to emeryci i renciści, tylko 26% stanowili pracujący, a 2% bezrobotni. Wśród oczekujących nie było ani jednej osoby poniżej 20 roku życia. W celu lepszego zorientowania się w przesłankach takiego zachowania pacjentów zadałam im po trzy pytania o powody stania w kolejce i trzy pytania dotyczące wiedzy na temat wdrożonego w przychodni systemu zarządzania jakością.

Tabela 3. Powody stania w kolejce – ujęcie ilościowe

Table 3. Reasons of standing in a queue – volume presentation

Lp.	Pytanie/ odpowiedź	Tak	Nie	Inne
1	Mała ilość numerków do lekarza na dany dzień – obawa przed niedostaniem się	176	183	3
2	Niemożliwość zapisania się rano przez telefon na dany dzień	85	275	4
3	Przyzwyczajenie do stania w kolejkach	101	253	5

Źródło: Badanie własne na próbie 362.

Source: Own examination on the sample 362.

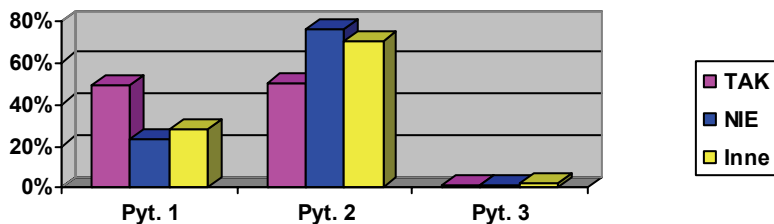
Tabela 4. Powody stania w kolejce – ujęcie procentowe

Table 4. Reasons of standing in a queue – percentage presentation

Lp.	Pytanie/ odpowiedź	Tak	Nie	Inne
1	Mała ilość numerków do lekarza na dany dzień – obawa przed niedostaniem się	49%	50%	1%
2	Niemożliwość zapisania się rano przez telefon na dany dzień	23%	76%	1%
3	Przyzwyczajenie do stania w kolejkach	28%	70%	2%

Źródło: Badanie własne na próbie 362.

Source: Own examination on the sample 362.



Wykres 4. Opracowanie własne - wykres odpowiedzi respondentów do tab. 4
Graph 4. Own study - graph of the reply of respondents to table 4

Tabela 5. Postrzeganie wdrożenia jakości w przychodni – ujęcie ilościowe
Table 5. Perceiving implementing the quality at the clinic – volume presentation

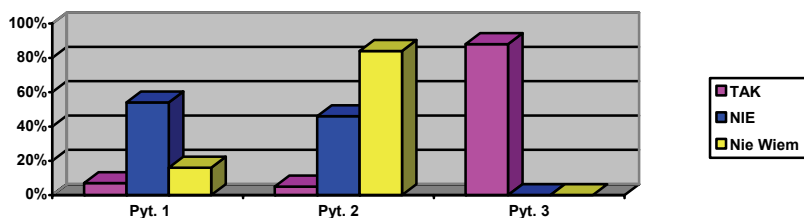
Lp.	Pytanie/odpowieź	Tak	Nie	Nie wiem
1	Czy przychodnia z usług której Pan/Pani korzysta posiada certyfikat jakości	25	18	319
2	Czy jest Pan/Pani zadowolony z usług tej przychodni	195	167	0
3	Czy w ciągu ostatnich lat zaszły znaczące zmiany w podejściu do pacjenta na lepsze	58	304	0

Źródło: Badanie własne na próbie 362.
Source: Own examination on the sample 362.

Tabela 6. Postrzeganie wdrożenia jakości w przychodni – ujęcie procentowe
Table 6. Perceiving implementing the quality at the clinic – percentage presentation

Lp.	Pytanie/ odpowiedź	Tak	Nie	Nie wiem
1	Czy przychodnia z usług której Pan/Pani korzysta posiada certyfikat jakości	7%	5%	88%
2	Czy jest Pan/Pani zadowolony z usług tej przychodni	54%	46%	0%
3	Czy w ciągu ostatnich lat zaszły znaczące zmiany w podejściu do pacjenta na lepsze	16%	84%	0%

Źródło: Badanie własne na próbie 362.
Source: Own examination on sample 362.



Wykres 5. Opracowanie własne - wykres odpowiedzi respondentów do tab. 6
Graph 5. Own study - graph of the reply of respondents to table 6

Mając charakterystykę pacjenta stojącego rano (przed otwarciem) w kolejce do przychodni możemy stwierdzić, że jest to pacjent niezadowolony i nieświadomy. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w jednym, podstawowym aspekcie, na który niestety nawet najlepszy menadżer w publicznej służbie zdrowia nie ma wpływu, a mianowicie na sposób finansowania usług medycznych i NFZ jako monopolistę na tym rynku.

W ciągu ostatnich kilku lat niemal wszystkie warszawskie przychodnie zostały wyremontowane, wyposażone w najnowszy sprzęt, personel jest permanentnie szkolony zarówno w sferze wiedzy medycznej, jak i obsługi pacjenta, dlatego też w trakcie badań nie zadano pytań dotyczących tych elementów, na które z pewnością większość pacjentów zwróciła uwagę, a odpowiedzi byłyby pozytywne. Natomiast czynniki te nie mają wpływu na całkowitą ocenę pracy przychodni i standard usług. Dla pacjentów dopóki będą kolejki po numerki, do zapisów czy na badania, a lekarz będzie miał dla nich mało czasu (w sezonie zwiększonej zachorowalności na grypę) i na zabiegi będzie się oczekiwało kilka miesięcy, publiczna służba zdrowia będzie dla nich synonimem złe działającej organizacji. Świadomość pacjentów, że winę za taki stan rzeczy ponosi polski system opieki zdrowotnej poprzez kontraktowanie przez NFZ, często nie mających nic wspólnego z zapotrzebowaniem społecznym, świadczeń jest znikoma. Żadna norma i najlepiej wdrożony system zarządzania jakością nie zaistnieją w świadomości pacjenta, jeżeli dalej będzie stał w kolejce. Tylko radykalne zmiany w systemie opieki zdrowotnej, takie jak prywatyzacja, dopłaty pacjentów do świadczeń lub inne, które zmieniają system finansowania polskiej służby zdrowia, a pieniądze będą faktycznie szły za pacjentem, a nie służyły utrzymaniu i zatrudnieniu całej wielkiej nadbudowy systemu jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, spowoduje przełom w dostarczaniu pacjentowi wysokiej jakości usług i standardów medycznych.

Podsumowanie

Podsumowując wyniki badań można stwierdzić, że największą grupę pacjentów oczekujących w porannych kolejkach stanowią ludzie, którzy ukończyli 60 lat, są na emeryturze lub rencie, więc dysponują większą ilością czasu od zatrudnionych. W znacznej mierze powodem ich stania w kolejkach jest przyzwyczajenie, kontakty i spotkania towarzyskie, okazywanie niezadowolienia z usług danej placówki i nieświadomość posiadania przez nią certyfikatu jakości. Natomiast głównym powodem stania w kolejkach ludzi pracujących był zły stan zdrowia i strach przed niedostaniem się do specjalisty.

Sytuacja ta jest negatywna i na jej podstawie można antycypować, że pacjentami publicznej służby zdrowia są w większości ludzie; starsi, niezamożni, często samotni i żyjący czasami PRL.

Literatura przedmiotu analizuje procesy i systemy wdrażania i zarządzania w placówkach służby zdrowia. Istnieją badania, zarówno dotyczące placówek lecznictwa otwartego (ZOZ-ów), jak i lecznictwa zamkniętego

(szpitali). Placówki posiadające ISO prowadzą badania satysfakcji pacjenta, natomiast nie spotkałam badań pacjentów, które objęłyby reprezentatywną dla kraju próbę, badających stosunek pacjentów do obecnie funkcjonującej służby zdrowia, ich pomysły i krytykę, która mogłaby dać wiele informacji do podejmowania skutecznych zmian zarządzającym w służbie zdrowia menadżerom różnych szczebli. Od lokalnych aż po pracowników ministerstwa. Przeprowadzenie takich badań dałoby rzeczywisty obraz służby zdrowia postrzegany przez reprezentatywnego pacjenta. Dla większości badanych pacjentów jakość usług medycznych to mit i często trudno się temu dziwić.

Literatura

1. Czech M., *Podjęmowanie decyzji w medycynie*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 6/2007, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa, 2007.
2. Cygańska M., *Metody zarządzania szpitalami*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 10/2007, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa, 2007.
3. Drajek Z., Niemczynowicz B., *Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.
4. Dzieleńska M., *Zarządzanie informacjami w sektorze usług*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 4/2007, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa, 2007
5. Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Poznań 1999
6. Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
7. *Kodeks etyki lekarskiej*. Wyd. NIL. Warszawa 2004
8. Kostera M., *Antropologia organizacji - metodologia badań terenowych*, Warszawa PWN 2005.
9. Lisiecki M. *Klasyczne i nowe metody organizacji i zarządzania*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu w Warszawie, Warszawa 2001.
10. Lisowski J.L., *Zarządzanie jakością w przedsiębiorstwie*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Białymstoku, Białystok 2004.
11. Łukasiński W., *Model doskonalenia Zarządzania Polskiej Nagrody Jakości*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa, 6/2008, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa 2008.
12. Mazurkiewicz J., Wierzbicka M., *Rola przywództwa we wdrażaniu systemu zarządzania jakością*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa 02/2007, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa 2007.
13. Opolski K., Dykowska G., Moździoch M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*. CeDeWu, Warszawa 2003.
14. Tkaczyk S., *Zintegrowane Systemy Zarządzania Jakością*, Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa, 7/2000, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa.
15. Tkaczyk S., *Inżynieria jakości a inżynieria materiałowa*, IOiZWP „ORGMASZ”, Warszawa 2000.

16. Wawak S., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, HELION, Gliwice, 2002.

Inne

1. Norma ISO 9001:2000
2. Norma ISO 9001:2008

Akty prawne

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, które definiuje wymagania i szczegółowe zasady realizacji systemu zarządzania jakością w radioterapii, medycynie nuklearnej, rentgenodiagnostyce i radiologii zabiegowej, czyli dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, o których mowa w Ustawie z dnia 29 listopada 2000 roku – „Prawo atomowe”.
2. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 26, poz. 153 z późniejszymi zmianami).
3. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późn. zmianami).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. Nr 44, poz. 520, z późn. zmianami).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 30, poz. 300, z późn. zmianami).